



Вопросы оказания паллиативной помощи в пожилом и старческом возрасте

И.Е. Моисеева

Кафедра семейной медицины

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Показания к оказанию паллиативной помощи

(утверждены Приказом Минздрава России от 14.04.2015 г. № 187н)

- различные формы злокачественных новообразований;
- органная недостаточность в стадии декомпенсации, при невозможности достичь ремиссии заболевания или стабилизации состояния пациента;
- хронические прогрессирующие заболевания терапевтического профиля в терминальной стадии развития;
- тяжелые необратимые последствия нарушений мозгового кровообращения;
- тяжелые необратимые последствия травм;
- дегенеративные заболевания нервной системы на поздних стадиях развития заболевания;
- различные формы деменции, в том числе болезнь Альцгеймера, в терминальной стадии заболевания.

Потребность в паллиативной помощи

- По оценкам ВОЗ, ежегодно около 20 млн человек в мире нуждаются в оказании паллиативной медицинской помощи в конце жизни
- 69% из них — люди старше 60 лет
- Потребность в паллиативной помощи растет в связи с глобальным постарением населения и ростом распространенности хронических заболеваний

Потребность в паллиативной помощи

- *Структура потребности в паллиативной помощи:*
- сердечно-сосудистые заболевания — 38,5%
- онкологические заболевания — 34%
- хронические респираторные заболевания — 10,3%
- ВИЧ/СПИД — 5,7%
- сахарный диабет — 4,6%

- 30–50% пациентов пожилого и старческого возраста имеют более 2–3 хронических заболеваний, которые оказывают совокупное негативное воздействие на их состояние, функциональную активность и качество жизни



Частые проблемы

- Болевой синдром
- Тошнота и рвота
- Кахексия и анорексия
- Деменция

Болевой синдром у пациентов пожилого и старческого возраста

- Боль — одна из наиболее частых жалоб пациентов пожилого и старческого возраста
- Основные причины:
 - болезни опорно-двигательного аппарата (остеоартрит, переломы костей, обусловленные остеопорозом)
 - диабетическая нейропатия
 - постгерпетическая невралгия
 - онкологические заболевания
 - последствия нарушений мозгового кровообращения

Болевой синдром у пациентов пожилого и старческого возраста

- У 25–50% пожилых и старых людей, проживающих дома, и 45–80% живущих в учреждениях долговременного ухода — боль неонкологического происхождения
- Более 80% пациентов пожилого и старческого возраста с онкологическими заболеваниями
- 74% пациентов в возрасте 70–80 лет отмечали наличие боли в течение последнего месяца, у 52% из них боль была ежедневной [P. Sawyer и соавт.]

Особенности оценки боли у людей пожилого и старческого возраста

- Болевой синдром может проявляться нетипично — в виде нарушений настроения, возбуждения, снижения подвижности
- Оценка боли часто вызывает затруднения из-за различных нарушений: когнитивных расстройств, проблем со зрением и слухом, хронических соматических заболеваний, изменяющих болевой порог и приводящих к развитию атипичных проявлений болевого синдрома

Обязательные вопросы

- Локализация боли, ее иррадиация
- Вербальная характеристика боли (распирающая, обжигающая, другая)
- Факторы, способствующие появлению боли и ее уменьшению
- Временные параметры: когда боль началась, продолжительность и частота приступов
- Оценка интенсивности боли в баллах

Оценка интенсивности боли

- Визуально-аналоговая шкала (линейка с 10 делениями, где 0 — нет боли, 10 — нестерпимая боль)
- Шкалы мимической реакции на боль



Невербальные индикаторы боли (Checklist of Nonverbal Pain Indicators — CNPI)

Индикатор	При движении	В покое
1. Голосовые реакции: невербальные (вздыхает, стонет, кричит, плачет)		
2. Grimасы (морщится, хмурит брови, прищуренные глаза, стиснутые зубы, крепко сжимает губы, страдальческое выражение лица)		
3. Фиксация (сжимает или держится за мебель, оборудование, или сжимает и фиксирует пораженную область во время движения)		
4. Возбуждение, беспокойство (постоянная или периодическая смена положения тела, раскачивание, периодические или постоянные движения рук, невозможность спокойно сидеть или лежать)		
5. Растирание (массирование пораженной области)		
6. Голосовые реакции: вербальные (слова, выражающие дискомфорт или боль, например, «ой», «больно»; ругательства, возгласы протеста, например, «стоп», «хватит»)		
	Итого баллов	
	Общий балл	

Примечание. 0 — индикатор отсутствовал, 1 — индикатор отмечался даже на короткое время активности или в покое. Баллы суммируются по столбцам «при движении», «в покое» и в целом. Четкие количественные показатели для оценки выраженности болевого синдрома отсутствуют; наличие любого из перечисленных индикаторов может свидетельствовать о боли и требует дальнейшего обследования, лечения и контроля со стороны врача.

Оценка боли при тяжелой деменции (Pain Assessment in Advanced Dementia Scale — PAINAD)

Показатели	0	1	2	Баллы
Дыхание	Нормальное	Иногда затрудненное Короткие периоды гипервентиляции	Шумное затрудненное дыхание Длительная гипервентиляция Дыхание Чейна — Стокса	
Негативные голосовые реакции	Нет	Иногда стоны или вздохи Тихая речь с негативной интонацией	Повторяющиеся вскрики Громкие стоны Плач	
Выражение лица	Улыбка или нейтральное выражение	Печальное Испуганное Хмурое	Гримасы	
Положение тела	Расслабленное	Напряженное Затрудненные движения Беспокойство, суетливость	Ригидность Сжатые кулаки Согнутые колени Тянет к себе или отталкивает того, кто рядом	
Возможность успокоиться	Нет необходимости в утешении, успокаивании	Успокаивается и отвлекается в ответ на речь или прикосновение	Невозможно успокоить или отвлечь	
Общий балл				

Примечание. Следует наблюдать за пациентом в течение пяти минут. Суммарный балл — от 0 до 10 баллов.

1–3 — слабая боль; 4–6 — умеренная боль; 7–10 — сильная боль.

Особенности лечения хронической боли у людей пожилого и старческого возраста: комплексная программа

1. Оценка наличия и тяжести сопутствующих заболеваний, когнитивного и функционального статуса, возможностей социальной поддержки, ожиданий самого пациента
2. Планирование мультимодального подхода, включающего медикаментозную и немедикаментозную коррекцию, оценка возможностей использования реабилитационных программ
3. Формирование терапевтического альянса с пациентом, который должен быть проинформирован о том, как он должен себя вести, какие методы самопомощи использовать при внезапном усилении боли, когда он находится дома
4. Анализ предшествующих способов болеутоления, которые пациент получал ранее, и их эффективности
5. Рассмотрение возможности использования ресурсов социальной помощи в контексте комплексной терапии хронической боли, например, групповых занятий фитнесом или скандинавской ходьбой в центрах социальной помощи
6. Оценка эффективности проведенного лечения и фиксирование внимания пациента на малейших позитивных изменениях в его состоянии

Комплексная гериатрическая оценка — обязательный компонент

- выявление признаков феномена хрупкости
- выявление когнитивных и психоэмоциональных нарушений (деменция, тревога, депрессия)
- оценка степени влияния болевого синдрома на повседневную активность пациента, его способность к самообслуживанию и мобильность

Лечение болевого синдрома

- Цель — не только уменьшение боли, но и улучшение функциональной активности и повышение качества жизни
- Комплексный подход:
 - Немедикаментозные методы
 - Медикаментозное болеутоление

Немедикаментозные методы лечения болевого синдрома

- Когнитивно-поведенческая терапия: обучение пациентов, разъяснение им причин и механизмов развития болевого синдрома, возможностей обезболивания
 - информирование о механизмах действия и возможных побочных эффектах препаратов, о значимости соблюдения рекомендаций, мерах самопомощи при усилении боли и ухудшении самочувствия
 - обучение релаксационным и отвлекающим методикам, методам биологической обратной связи
- Методы физического воздействия (массаж, воздействие тепла или холода, чрескожная электронейростимуляция, некоторые виды физиотерапии)
 - Массаж снимает мышечный спазм, способствует облегчению боли и релаксации
 - При локальной суставной или мышечной боли уменьшать ее выраженность может тепло (грелка) или холод (пузырь со льдом)

Немедикаментозные методы лечения болевого синдрома

- Физические упражнения уменьшают выраженность болевого синдрома, улучшают функциональную активность, эмоциональный фон и качество жизни пациентов
- Акупунктура обладает слабым потенцирующим болеутоляющим действием, может быть рекомендована, например, при боли в спине, мышечных болях, остеоартрозе
- Психотерапевтические методики (арт-терапия, музыкальная терапия), гипноз, медитативные техники, ароматерапия
- Соблюдение гигиены сна: отказ от употребления напитков, содержащих кофеин, перед сном, исключение дневного сна, отход ко сну и пробуждение в одно и то же время, проветривание помещения перед сном, выполнение релаксирующих упражнений, отказ от использования электронных устройств и просмотра телевизионных передач в постели

Общие принципы медикаментозного болеутоления

- предпочтительны пероральные формы препаратов, а также свечи и пластыри
- по возможности следует избегать инъекций
- рекомендован прием лекарственных препаратов в определенное время, а не при появлении боли
- подходить к назначению препаратов следует индивидуально с учетом уровня анальгезии, сохранения активности, побочных эффектов, приверженности к лечению
- *выбор препаратов зависит от механизма развития болевого синдрома*

Тошнота и рвота

- возникают у 30–60% пациентов пожилого и старческого возраста, нуждающихся в оказании паллиативной медицинской помощи
- приносят пациентам крайне неприятные ощущения и выраженный дискомфорт
- несмотря на то, что многие пациенты оценивают интенсивность симптомов как легкую и умеренную (3–4 балла по 10-балльной шкале), негативное влияние этих симптомов на общее самочувствие и эмоциональное состояние около 40% пациентов считают достаточно выраженным (более 5 баллов по 10-балльной шкале)

Основные причины тошноты и рвоты

- нарушения со стороны ЦНС (повышение внутричерепного давления, вестибулярные нарушения)
- применение лекарственных препаратов (химиотерапевтические препараты, наркотические анальгетики, НПВС, антибиотики, дигоксин)
- нарушения со стороны ЖКТ (кишечная непроходимость, воспалительные заболевания желудка, кишечника, желчного пузыря, нарушения моторики кишечника, гастропарез)
- инфекционные заболевания (гастроэнтерит, гепатит, менингит)
- метаболические нарушения (уремия, ацидоз, гиперкальциемия)
- психические нарушения

Типы тошноты и рвоты

- **Центральный генез:** стимуляция хеморецепторов триггерной зоны на дне IV желудочка или рвотного центра
 - при применении наркотических анальгетиков, химиотерапии, метаболических нарушениях (уремия, ацидоз и др.), повышении внутричерепного давления, повышенной тревожности
- **Периферический генез:** связан с поражением ЖКТ, сопровождающимся раздражением рецепторов его органов
 - при воспалительных и инфекционных заболеваниях желудка, кишечника, желчного пузыря, при механической обструкции, нарушениях моторики желудочно-кишечного тракта
- **Смешанный характер:** например, при применении наркотических анальгетиков тошнота может иметь как центральный генез за счет раздражения триггерной зоны продолговатого мозга, так и периферический, связанный с констипацией, часто встречающейся при приеме этих препаратов

Диагностика тошноты и рвоты

- уточнить длительность, частоту и выраженность, сопутствующие симптомы, факторы, ухудшающие и облегчающие состояние
- спросить, какие лекарственные препараты принимает пациент
- Кратковременная тошнота с чувством раннего насыщения при приеме пищи и вздутием живота, облегчение после рвоты съеденной пищей: при нарушении опорожнения желудка (35–45% случаев) — опухоли желудка, гастриты, в том числе лекарственные, гепатомегалия с асцитом, прием опиатов, висцеральная нейропатия (паранеопластическая или диабетическая)
- Постоянная тошнота, усиливающаяся при виде и запахе пищи, не исчезающая после рвоты: при раздражении хеморецепторов триггерной зоны — метаболические нарушения (гиперкальциемия, уремия, ацидоз), прием антибиотиков, химиотерапия, инфекционные заболевания (30–40% случаев)
- Кратковременная тошнота, связанная с нарушениями перистальтики кишечника, с приносящей облегчение рвотой большими объемами с возможными примесями желчи или каловых масс: при непроходимости кишечника при опухолях или метастазах (10–30% случаев)
- Утренняя тошнота и рвота с головной болью: при повышении внутричерепного давления при опухолях мозга и мозговых оболочек
- Тошнота при головокружении, усиливающаяся при движениях и при поворотах головы — признак вестибулярных нарушений

Диагностика тошноты и рвоты

- обратить внимание на наличие болезненности при пальпации живота, размеры печени, признаки непроходимости кишечника, асцита, провести пальцевое исследование прямой кишки
- оценка неврологического статуса для выявления очаговой симптоматики, вестибулярных расстройств
- лабораторное обследование для выявления метаболических нарушений (уремия, ацидоз, гиперкальциемия)

Профилактика и немедикаментозное лечение

- оградить пациента от провоцирующих факторов — резких и неприятных запахов, громких звуков, яркого света, вида пищи, неприятной пациенту
- принимать пищу небольшими порциями
- блюда должны выглядеть аппетитно, привлекательно
- не заставлять пациента есть, если он не хочет, не торопить его во время приема пищи
- пациент должен выбирать вид пищи и время ее приема
- поддерживать положение тела, которое помогает предупредить появление тошноты и рвоты (сидячее или полусидячее положение рекомендуется при пищеводном рефлюксе)
- исключить любое давление на переднюю брюшную стенку
- немедикаментозные методы как часть комплексной терапии: релаксационные техники для устранения повышенной тревожности, акупунктура, психотерапия

Медикаментозная терапия

- *Прокинетики*: стимулируют перистальтику верхних отделов ЖКТ
 - противопоказаны при кишечной непроходимости, желудочно-кишечных кровотечениях, до и после хирургических вмешательств
 - метоклопрамид 10 мг 3–4 раза в день за полчаса до еды и на ночь (центральный дофаминергический эффект — 10 мг каждые 4–6 часов до максимальной суточной дозы 100 мг); у пациентов пожилого и старческого возраста рекомендуется начинать с минимальных терапевтических доз
 - побочные эффекты — двигательное беспокойство, сонливость, слабость; при длительном приеме (более 12 нед.) высоких доз — развитие экстрапирамидных нарушений, паркинсонических симптомов
- *Антагонисты дофаминовых рецепторов*
 - галоперидол (0,5–5 мг в сутки) блокирует дофаминовые рецепторы в триггерной зоне, обладает умеренным антигистаминным, антихолинергическим и альфа-адренергическим действием, блокирует вагусные эффекты в ЖКТ
 - побочные эффекты — избыточная седация, гипотензия, удлинение интервала QT, повышение судорожной готовности, лейкопения, экстрапирамидные симптомы
 - левомепромазин — 6,25–25 мг два раза в день, препарат второй линии

Медикаментозная терапия

- *Антигистаминные препараты*
 - оказывают влияние на рвотный центр и триггерную зону
 - дипразин, дифенгидрамин, гидроксизин и другие
 - препараты первой линии при неясном механизме развития тошноты и рвоты
 - побочные эффекты — головокружение, головная боль, экстрапирамидные симптомы
 - с осторожностью — при закрытоугольной глаукоме, гиперплазии предстательной железы, выраженной АГ, ССЗ, печеночной недостаточности и эпилепсии (особенно дифенгидрамин и гидроксизин)
- *Антагонисты 5HT₃-рецепторов*
 - имеют как периферическое, так и центральное действие
 - в основном рекомендованы при тошноте и рвоте на фоне химиотерапии.
 - ондансетрон 4–8 мг 1–2 раза в день, гранисетрон (1 мг 2 раза в день), трописетрон
 - побочные эффекты незначительны и кратковременны, но у 5–10% пациентов могут развиваться запоры
 - возможно негативное влияние на эффективность трамадола
- *Антихолинергические препараты*
 - М-холинолитики (скополамин, гиосцин) применяют при тошноте и рвоте периферического генеза, так как они обладают расслабляющим действием на гладкую мускулатуру ЖКТ
 - применение в гериатрической практике ограничено высоким риском развития побочных эффектов

Медикаментозная терапия

- *Кортикостероиды*

- могут быть использованы при рвоте, вызванной химиотерапией, и при повышенном внутричерепном давлении на фоне опухоли мозга или метастазов в головной мозг, а также в качестве адъювантной терапии тошноты и рвоты совместно с другими противорвотными препаратами
- дексаметазон 4–8 мг в сутки при хронической тошноте и до 16 мг в сутки при внутричерепной гипертензии
- не рекомендуется длительное применение из-за высокого риска развития побочных эффектов

- *Бензодиазепины*

- лоразепам, диазепам: применяют при тошноте и рвоте, связанных с повышенной тревожностью
- в гериатрической практике бензодиазепины назначают с осторожностью в связи с высоким риском развития побочных эффектов

Кахексия и анорексия

- Кахексия — прогрессирующая потеря массы тела более, чем на 5–10% за 6–12 месяцев
- В основе лежат тяжелые хронические заболевания
- Вместе с термином «кахексия» сегодня используют термин «синдром анорексии–кахексии»
- Синдром анорексии-кахексии — комплексный многофакторный синдром, характеризующийся выраженным снижением массы скелетной мускулатуры с потерей жировой ткани или без таковой, что сопровождается нарушениями белкового и энергетического обменов
- Данные нарушения связаны с недостаточным потреблением пищи и дисбалансом метаболических процессов в организме
- Изменения при анорексии-кахексии не полностью обратимы и вызывают прогрессирующее ухудшение функционального статуса пациента
- Наличие синдрома анорексии-кахексии — неблагоприятный прогностический признак, считающийся независимым предиктором смертности

Причины кахексии

- 60–80% пациентов с раком желудка, поджелудочной железы, легких
- 30–50% пациентов при раке других локализаций
- 10–60% пациентов с ХСН, ВИЧ-инфекцией, ХОБЛ, деменцией, туберкулезом, ХБП, заболеваниями печени, ревматоидным артритом
- Длительный прием некоторых лекарственных препаратов
 - нарушают вкус и обоняние — аллопуринол, ингибиторы АПФ, блокаторы кальциевых каналов, антихолинергические препараты
 - вызывают анорексию — метформин, нейролептики, опиаты, дигоксин, некоторые антидепрессанты
 - вызывают сухость слизистой оболочки ротовой полости — петлевые диуретики, антихолинергические средства, клонидин
 - приводят к дисфагии — НПВС, бисфосфонаты
- У 6–28% пациентов пожилого и старческого возраста установить причину кахексии не удается

Критерии кахексии

- снижение массы тела более, чем на 5% от исходной за последние 6 месяцев, или индекс массы тела менее 20 кг/м^2
- в сочетании с анорексией, слабостью, снижением мышечной силы, анемией, гипоальбуминемией или повышением маркеров системного воспаления (С-реактивный белок, интерлейкин-6)

Диагностический поиск

- оценить объем и характер питания, провести подсчет потребления белка и калорийности суточного рациона.
- выявить и оценить факторы, которые могут лежать в основе снижения потребления пищи: изменения вкуса или обоняния, нарушения моторики ЖКТ, тошнота, болевой синдром, патологические изменения слизистой ротовой полости и т.д.
- оценить физический, когнитивный и психологический статус с помощью соответствующих инструментов (индекс Карновского, шкала ECOG, опросники для выявления деменции, шкалы для оценки эмоционального статуса, например, госпитальная шкала тревоги и депрессии)
- оценить состояние зубов, слизистой оболочки полости рта
- выполнить антропометрию
- контролировать адекватность режима гидратации (оценить тургор кожи, проверить наличие отеков)
- лабораторные исследования: клинический анализ крови, определение С-реактивного белка, оценка уровня глюкозы, креатинина, мочевины, билирубина, трансаминаз.

Рекомендации по организации питания

- принимать пищу часто, небольшими порциями
- составлять меню с учетом пожеланий пациента
- прием пищи должен доставлять удовольствие, поэтому иногда можно позволить «вредные» вещи, например, шоколад или пирожное
- приготовленные блюда должны иметь привлекательный внешний вид
- есть нужно тогда, когда имеется желание, поэтому блюдо должно быть наготове
- прием пищи должен проходить в спокойной и благожелательной обстановке
- пациенту необходимо предлагать воду, соки, другие напитки
- перед приемом пищи можно использовать в качестве аперитива небольшую порцию алкоголя
- пища не должна требовать лишних усилий при жевании
- лучше использовать небольшие тарелки и порции, чтобы создать впечатление, что все съедено полностью
- недоеденную пищу нужно убирать, а не оставлять рядом с пациентом, «чтобы доесть потом»

Общие рекомендации

- Рацион должен содержать достаточное количество белка (1,5 г/кг в сутки), учитывая состояние гиперкатаболизма
- При необходимости можно рекомендовать нутритивную поддержку (энтеральное питание препаратами с высоким содержанием белка)
- Пациентам могут быть даны рекомендации по физической активности (дозированная ходьба, упражнения на сопротивление) в зависимости от общего состояния и выраженности патологических нарушений
- Выполнение физических упражнений может оказывать положительное влияние на силу мышц, психологический настрой и эмоциональное состояние пациентов

Медикаментозное лечение

- Кортикостероиды (дексаметазон 2-6 мг в сутки) способствуют повышению аппетита и могут улучшать качество жизни пациентов, но их применение ограничено риском развития побочных эффектов, в связи с чем эти препараты назначают только короткими курсами (не более 2 недель)
- Наиболее доказана эффективность кортикостероидов у пациентов с кахексией на фоне онкологических заболеваний
- У пациентов с кахексией онкологической природы также может быть рекомендовано назначение омега-3 жирных кислот (1,6–2,4 г в сутки)
- Применение *мегестрола ацетата* у пожилых и старых пациентов с кахексией не рекомендуется, так как его влияние на аппетит и мышечную массу минимально, он не улучшает качество жизни и выживаемость пациентов, но при этом высок риск побочных эффектов (тромбозы и задержка жидкости)

Деменция

- около 35,6 млн людей во всем мире в 2010 году страдали деменцией
- по прогнозам можно ожидать увеличения этого числа в 2 раза к 2030 году
- смертность пациентов с деменцией увеличивается с возрастом: 6% людей в возрасте 65–69 лет страдает деменцией на момент смерти, а в возрасте 95 лет и старше этот показатель составляет 58% и более
- наиболее частая причина деменции — болезнь Альцгеймера

Основные принципы оказания паллиативной помощи при деменции

- соответствуют общим принципам паллиативной медицины
- основные цели:
 - улучшение качества жизни
 - сохранение функциональных способностей
 - создание максимального комфорта для пациента
- приоритеты в достижении поставленных целей могут меняться в зависимости от стадии и выраженности деменции
- у пациентов с легкими когнитивными нарушениями основные направления — специфическое лечение, сохранение и поддержание функциональных способностей, увеличение продолжительности жизни и улучшение ее качества
- у пациентов с выраженной деменцией основное приоритетное направление — создание максимального комфорта, то есть поддержание качества жизни пациента и его семьи, которое возможно обеспечить на этом этапе оказания помощи

Планирование паллиативной помощи при деменции

- Важная составляющая паллиативной помощи пациентам с деменцией — определение приоритетных целей на каждом этапе оказания помощи
- Планирование должно быть заблаговременным, учитывающим прогрессирующий характер деменции
- Предоставление паллиативной помощи должно начинаться, как только установлен диагноз деменции, то есть когда пациент может участвовать в планировании и высказывать собственные потребности, предпочтения и убеждения
- Важно учитывать прогноз заболевания, возможности создания максимально благоприятной и комфортной среды для пациента и его семьи

Планирование паллиативной помощи при деменции

- Планы по оказанию помощи могут быть различными в зависимости от стадии заболевания, предпочтений пациента, конкретных условий и возможностей.
- При легкой деменции требуется планирование на перспективу, то есть на достаточно длительное время
- Один из важных вопросов на этом этапе — выбор доверенных лиц и своевременное оформление опекунов при необходимости
- При тяжёлой деменции и на этапе приближения смерти приоритетное направление планирования и оказания помощи — создание и поддержание максимально возможного комфорта и качества жизни
- По мере прогрессирования заболевания и при появлении новых потребностей у пациента и у членов его семьи в стратегию оказания помощи могут вноситься коррективы и изменения

Организация жизнедеятельности пациентов с деменцией

- максимально возможное сохранение самостоятельности пациента, его способности к самообслуживанию
- повседневная жизнь должна быть упорядоченной
- стараться соблюдать режим дня, к которому привык пациент, сохранять привычную обстановку в доме, избегать радикальных изменений в интерьере, переездов в незнакомое место, госпитализаций без существенных показаний
- обстановка вокруг пациента должна быть спокойной, не вызывающей негативных эмоций
- разговаривать с пациентами надо спокойно, используя несложные короткие предложения
- темп речи должен быть не быстрым
- во время беседы поддерживать контакт «глаза в глаза», не отвлекаться на другие дела и разговоры
- выслушивать пациента, не перебивая, применяя приемы активного слушания и при необходимости задавая уточняющие и наводящие вопросы
- не вступать в споры, избегать конфликтов; при проявлениях агрессии и грубости у пациента, нужно понимать, что это тоже проявления болезни, а не свидетельство плохого характера или отрицательного отношения к собеседнику

Организация жизнедеятельности пациентов с деменцией

- поддерживать интеллектуальную активность пациента, рекомендуя по возможности выполнение различных заданий для тренировки внимания, мышления и памяти (чтение, решение головоломок, кроссвордов и т.п.)
- следить за достаточной физической активностью пациента, рекомендовать соблюдение двигательного режима и выполнение упражнений, соответствующих его физическим возможностям
- вовлекать пациента в решение повседневных задач (помощь в покупке продуктов, уборке квартиры, сервировке стола или работе на приусадебном участке)
- поддерживать социальные связи пациента и поощрять его общение с близкими людьми, друзьями, родственниками, так как это помогает сохранению функциональных способностей и положительной эмоциональной настроенности
- полезным может быть общение пациента и его родных с другими пациентами с похожими проблемами
- мультисенсорная активность: выращивание цветов, приготовление несложных блюд или выпечки, собирание паззлов, раскрашивание, настольные игры и т.д.
- если у пациента есть увлечение или хобби (рисование, музыка, домашние питомцы и т.д.), рекомендуется поддерживать его в этом

Организация жизнедеятельности пациентов с деменцией

- организация максимально комфортного безопасного быта: отключение бытового газа, ограничение пользования бытовыми электроприборами, наличие поручней и противоскользящих ковриков в ванной комнате и туалете
- обучить пациента и его родственников способам контроля приема лекарственных препаратов (использование таймера, будильника, разноцветных баночек с подписями или специальных устройств для приема лекарств по часам)
- социально-бытовая и психологическая поддержка
- активно вовлекать в этот процесс членов семьи, проводить их обучение по вопросам, касающимся заболевания, его лечения, ухода за пациентом, возможных прогнозов
- родственников пациента необходимо информировать о течении и прогрессировании заболевания, возможностях паллиативной помощи и ухода

Проблемы с питанием при деменции

- пациент не узнает пищу
- пациент забыл, какие блюда он любит
- пациент отказывается от пищи или выплевывает ее
- пациент сопротивляется при попытке его накормить
- пациент просит дать ему несочетаемые комбинации продуктов

Решение проблем, связанных с питанием

- напоминать пациенту о необходимости приема пищи
- обсуждать с пациентом меню на предстоящий день
- по возможности вовлекать пациента в процесс приготовления пищи
- предлагать пациенту небольшие порции
- стараться, чтобы пища выглядела привлекательно
- стараться сохранять спокойствие, так как состояние стресса у ухаживающего лица может передаваться пациенту
- на прием пищи нужно отводить достаточное время, чтобы не спешить и не торопить пациента
- если пациент не может есть самостоятельно (например, при диспраксии), можно дать ему в руки столовые приборы и помогать брать пищу и доносить ее до рта
- стараться учитывать и принимать изменения поведения и пищевых привычек, гибко подходить к проблемам питания и кормления пациента
- уделять особое внимание гигиене полости рта, состоянию зубов и зубных протезов

Решение проблем, связанных с питанием

- обеспечение достаточного потребления жидкости (предлагать воду, соки, морсы)
- парентеральная регидратация — по показаниям (например, при инфекционных заболеваниях)
- зондовое питание — не оказывает положительного влияния на состояние пациентов, в связи с чем не рекомендуется для рутинного использования

Показания для госпитализации пациентов с деменцией

- Госпитализация и связанные с ней польза и риски должны рассматриваться исходя из целей оказания помощи и стадии заболевания
- Резкая перемена обстановки при госпитализации, может негативно повлиять на состояние пациента, ухудшая когнитивные функции и эмоциональное состояние
- Показания к госпитализации:
 - действия и поведение пациента, представляющие опасность для него и окружающих (выраженное психомоторное возбуждение, агрессивное поведение, систематизированные бредовые синдромы, суицидальные попытки и т.д.)
 - выраженные когнитивные нарушения, приводящие к психической беспомощности, гигиенической и социальной запущенности, бродяжничеству
 - социальные факторы, невозможность оказания необходимой помощи и обеспечения ухода
- Показания к недобровольной госпитализации:
 - непосредственная опасность больного для него самого и окружающих
 - беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности при отсутствии надлежащего ухода
 - риск существенного вреда здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если пациент будет оставлен без психиатрической помощи